Symptom-Tagebuch Allergie:
Name: _____

Ernährungsberatung
Iris Burger
09351/4863

Datum: _____ ◇ Arbeitstag ◇ Wochenende/arbeitsfrei

Uhrzeit	Lebensmittel/Getränke:	Gewürze:	Medikament, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens u. Bewertung der Stärke: 1 = gering, 6 = sehr stark